PARÁLISIS CEREBRAL

Guía de Estudio para Examen Final

Psicología de Excepcionales — UNIFÉ | Dra. Frida Martino Gonzales

---

1. Resumen con Puntos Clave

1.1 Definición

La Parálisis Cerebral (PC) es un conjunto de dificultades permanentes del desarrollo del movimiento y la postura que causan limitaciones en la actividad. Es de origen cerebral (a diferencia de la Espina Bífida, que es de origen medular).

1.2 Manifestaciones clínicas

- Retraso del desarrollo motor.
- Persistencia de reflejos infantiles (que deberían desaparecer).
- Hiperreflexia.
- Alteración del tono muscular.

1.3 Causas

- Cambios genéticos.
- Infecciones en la madre (prenatal).
- Accidentes cerebrovasculares.
- Sangrado cerebral en el útero o al nacer.
- Infecciones en el bebé (postnatal).
- Lesión traumática en la cabeza.
- Falta de oxígeno en el cerebro (hipoxia/anoxia).

Tip mnemotécnico: las causas se agrupan en prenatales, perinatales y postnatales.

1.4 Tipos de PC (según alteración del tono/movimiento)

Tipo	Característica principal
Espástica	Músculos muy tensos y rígidos
Discinética	Movimientos descontrolados, contorsiones o temblores
Atáxica	Dificultad en el equilibrio y la percepción de la profundidad
Mixta	Combina afectación de equilibrio y percepción de profundidad

1.5 Diagnóstico

- Historia clínica y examen neurológico.
- Exámenes de sangre.
- Tomografía computarizada de la cabeza.
- Ecografía craneal (especialmente en prematuros).
- Electroencefalografía (EEG).
- Examen audiométrico.
- Resonancia magnética de la cabeza.
- Examen oftalmológico.

1.6 Tratamiento

- Requiere equipo interdisciplinario.
- Se ajusta según los síntomas y necesidades de cada persona (individualizado).

1.7 Diferencia clave: Alteración motora vs. Funcionamiento intelectual

	Alteración motora	Funcionamiento intelectual
Origen	Cerebro (PC), médula espinal (Espina Bífida) o músculos/huesos	Dificultad para procesar funciones cognitivas
Se manifiesta en	Marcha, equilibrio, movimientos involuntarios, control fino de manos	Aprendizaje, comprensión de conceptos complejos, memoria, adaptación social
Se evalúa con	Examen físico/motor	CI (Coeficiente Intelectual) + conducta adaptativa

Idea central para el examen: una persona puede tener discapacidad física severa e inteligencia superior a la vez — el compromiso motor NO implica necesariamente compromiso intelectual.

1.8 Datos epidemiológicos

Perú

- Más de 18,800 personas diagnosticadas con PC registradas.
- Prevalencia global de PC infantil: 2–3 por cada 1,000 nacidos vivos.
- INEI: 1,575,000 personas (~5.2% de la población) presentan algún tipo de discapacidad; las limitaciones motrices son de las más frecuentes.
- 30–40% de la población general peruana (zonas urbanas) ha presentado algún trastorno mental alguna vez en la vida (dato general, no exclusivo de PC).

Mundial

- Más de 17 millones de personas viven con PC.
- Incidencia: 2–3 casos por cada 1,000 nacidos vivos (discapacidad motora infantil más común).
- Más de 1,000 millones de personas padecen trastornos de salud mental (10% de la carga mundial de enfermedad, 2022).
- Las personas con trastornos mentales graves mueren 10–20 años antes que la población general.

1.9 Dimensión emocional y desarrollo psicosocial

- Niños con PC tienen mayor riesgo de problemas emocionales (ansiedad, depresión) por limitaciones físicas, dolor crónico, fatiga y barreras sociales.
- 46% de niños con PC reportan ansiedad, con aumento significativo entre los 7 y 11 años.
- Factores de riesgo: daño cotidiano, debilidad, dificultades de interacción social, barreras en el entorno escolar → baja autoestima y frustración.
- Indefensión aprendida: sensación de falta de control sobre el entorno, afecta motivación y autoestima.
- Autorregulación: se recomienda enseñar a reconocer, expresar y manejar emociones.
- Se recomiendan programas socioemocionales tempranos para fortalecer autoestima, conducta prosocial y comunicación. El apego seguro y el apoyo familiar son cruciales para superar la indefensión aprendida y mejorar la resiliencia.

1.10 Psicosocial y entorno

- Importancia del apego: fundamental para la estructuración de la personalidad y el autoconcepto (teoría del apego).

- Influencia del entorno: discriminación, acoso y falta de accesibilidad empeoran el bienestar emocional e integración psicosocial.
- Rol de la familia: soporte familiar.
- Interacción social: se necesitan adaptaciones para la participación.

1.11 Desarrollo de identidad en adolescentes (Erik Erikson)

Etapa: Identidad vs. Confusión de Roles (13–20 años)

- La percepción social de la discapacidad y las limitaciones físicas inciden en el desarrollo del "yo".
- Aceptación de la imagen corporal: la PC puede generar "disconformidad" con la propia imagen, crucial para la autoestima en esta etapa.
- Autonomía y rol social: la sobreprotección o dependencia física puede retrasar la búsqueda de independencia (esencial para evitar la confusión de roles).
- Riesgo de confusión: si el adolescente se define solo por su discapacidad → aislamiento social o falta de propósito.
- Resolución exitosa: integrar la discapacidad dentro de una identidad propia, coherente y estable → promueve la "fidelidad" a uno mismo.
- La formación de identidad positiva depende de: participación social + autonomía funcional + apoyo familiar.

1.12 Evaluación psicológica adaptada

Proceso que requiere ajustar herramientas para evaluar cognición, comunicación y emociones, superando barreras físicas. Usa instrumentos no verbales, apoyo tecnológico y entrevistas a cuidadores.

Área	Herramienta / Método
Evaluación cognitiva	Escalas de Wechsler (WPPSI, WISC, WAIS) y Stanford-Binet
Adaptación comunicativa (SAAC)	Tableros de comunicación, señales no verbales, gestos, expresiones faciales
Evaluación funcional y autodeterminación	Escala AUTODDIS (jóvenes/adultos), cuestionarios de adaptabilidad; evalúa motricidad gruesa/fina, manipulación, AVD y conducta adaptativa
Evaluación emocional y salud mental	Monitoreo de ansiedad y depresión (46% de niños con PC reportan ansiedad)
Entrevista a cuidadores	Esencial para determinar nivel de autonomía e historial de desarrollo
Enfoque en capacidades conservadas	Estimular funciones preservadas y compensar limitaciones → mejorar calidad de vida y autonomía

1.13 Intervención e inclusión en PC

Área	Detalle
Intervención temprana e integral	Maximizar el potencial desde los primeros meses; aborda espasticidad y contracturas con fisioterapia, órtesis (AFO) y, a veces, yesos en serie
Terapia ocupacional y comunicación	Autonomía en AVD (alimentación, vestido, aseo) y habilidades motoras finas; libros ilustrados, tableros alfabéticos, tabletas inteligentes
Actividad física	Deporte/ejercicio beneficia la capacidad motora
Enfoque familiar	La familia es el núcleo, actúa como coterapeuta y da apoyo continuo

Área	Detalle
Inclusión escolar y social	Acceso físico (aulas accesibles), adaptación curricular (formación docente, tecnología de asistencia), empatía y socialización (actividades grupales inclusivas)
Avances tecnológicos	Biorretroalimentación (biofeedback) mejora función motora y motivación a través del juego

2. Preguntas y Respuestas para el Examen

1. ¿Qué es la parálisis cerebral?

Es un conjunto de dificultades permanentes del desarrollo del movimiento y la postura, de origen cerebral, que causan limitaciones en la actividad.

2. ¿Cuáles son las principales manifestaciones clínicas de la PC?

Retraso del desarrollo motor, persistencia de reflejos infantiles, hiperreflexia y alteración del tono muscular.

3. Mencione al menos cuatro causas de la parálisis cerebral.

Cambios genéticos, infecciones en la madre, accidentes cerebrovasculares, sangrado cerebral en el útero o al nacer, infecciones en el bebé, lesión traumática en la cabeza, falta de oxígeno en el cerebro.

4. ¿Cuáles son los cuatro tipos de PC y su característica principal?

Espástica: músculos tensos y rígidos. Discinética: movimientos descontrolados, contorsiones o temblores. Atáxica: dificultad de equilibrio y percepción de profundidad. Mixta: afecta equilibrio y percepción de profundidad combinando patrones.

5. ¿Qué exámenes se usan para el diagnóstico de PC?

Historia clínica y examen neurológico, exámenes de sangre, tomografía computarizada, ecografía craneal, EEG, examen audiométrico, resonancia magnética y examen oftalmológico.

6. ¿En qué consiste el tratamiento de la PC?

Es realizado por un equipo interdisciplinario y se adapta según los síntomas y necesidades de cada persona.

7. ¿Cuál es la diferencia entre alteración motora y funcionamiento intelectual en la PC?

La alteración motora se origina en el cerebro, médula espinal o músculos/huesos y afecta la marcha, equilibrio y control motor; el funcionamiento intelectual se relaciona con el procesamiento de funciones cognitivas (aprendizaje, memoria, adaptación social) y se mide con el CI y la conducta adaptativa, independientemente del compromiso motor.

8. ¿Puede una persona con PC tener discapacidad física severa e inteligencia superior? Explique.

Sí. La alteración motora y el funcionamiento intelectual son dimensiones independientes; el compromiso físico no determina el nivel cognitivo.

9. ¿Cuál es la prevalencia mundial y nacional (Perú) de la PC?

Mundial: más de 17 millones de personas viven con PC, con incidencia de 2–3 casos por cada 1,000 nacidos vivos. Perú: más de 18,800 personas diagnosticadas registradas, con prevalencia similar (2–3 por 1,000 nacidos vivos).

10. ¿Qué porcentaje de niños con PC reporta ansiedad y en qué rango de edad aumenta significativamente?

El 46% de los niños con PC reporta ansiedad, con aumento significativo entre los 7 y 11 años.

11. ¿Qué es la "indefensión aprendida" en el contexto de la PC?

Es la impresión de falta de control sobre el propio entorno, que afecta la motivación y la autoestima del niño o adolescente con PC.

12. ¿Qué factores son cruciales para superar la indefensión aprendida y mejorar la resiliencia?

El apego seguro y el apoyo familiar.

13. Según la teoría de Erik Erikson, ¿qué etapa del desarrollo es crítica en la adolescencia de una persona con PC?

Identidad vs. Confusión de Roles (13–20 años).

14. ¿Qué puede generar la PC en relación a la imagen corporal durante la adolescencia?

Puede generar "disconformidad" con la propia imagen, lo cual es crucial para la autoestima en esta etapa.

15. ¿Qué factor familiar puede retrasar la búsqueda de independencia en el adolescente con PC?

La sobreprotección o la dependencia física.

16. ¿En qué consiste la "resolución exitosa" de la crisis de identidad según Erikson en personas con PC?

Integrar la discapacidad dentro de una identidad propia, coherente y estable, promoviendo la "fidelidad" a uno mismo.

17. ¿Qué escalas se usan para la evaluación cognitiva en personas con PC?

Las Escalas de Inteligencia de Wechsler (WPPSI, WISC, WAIS) y la Stanford-Binet.

18. ¿Qué es el SAAC y para qué se utiliza?

Es un Sistema Aumentativo y Alternativo de Comunicación; usa tableros de comunicación, señales no verbales, gestos y expresiones faciales para superar las barreras de habla.

19. ¿Qué instrumento se usa para evaluar la funcionalidad y autodeterminación en jóvenes/adultos con PC?

La Escala AUTODDIS y cuestionarios de adaptabilidad.

20. ¿Por qué es esencial la entrevista a cuidadores en la evaluación psicológica de personas con PC?

Porque permite determinar el nivel de autonomía y conocer el historial del desarrollo de la persona.

21. ¿En qué consiste el "enfoque en capacidades conservadas"?

En estimular las funciones preservadas y compensar las limitaciones para mejorar la calidad de vida y la autonomía.

22. ¿Qué caracteriza a la intervención temprana e integral en PC?

Busca maximizar el potencial del desarrollo desde los primeros meses de vida, abordando la espasticidad y contracturas mediante fisioterapia, órtesis (AFO) y, a veces, yesos en serie.

23. ¿Qué abarca la terapia ocupacional en personas con PC?

La autonomía en actividades de la vida diaria (alimentación, vestido, aseo) y las habilidades motoras finas; para la comunicación se usan libros ilustrados, tableros alfabéticos y tabletas inteligentes.

24. ¿Cuál es el rol de la familia en la intervención de la PC?

La familia es asumida como el núcleo de apoyo, ejerciendo como coterapeuta y brindando apoyo continuo.

25. ¿Qué elementos favorecen la inclusión escolar y social de niños con PC?

Acceso físico (aulas accesibles para sillas de ruedas o andadores), adaptación curricular (formación docente y tecnología de asistencia) y actividades que fomenten la empatía y socialización.

26. ¿Qué es el biofeedback (biorretroalimentación) y cómo ayuda en la rehabilitación de la PC?

Es una técnica que ayuda a mejorar la función motora y la motivación a través del juego.

27. Mencione un factor de riesgo psicosocial asociado a la PC en la infancia/adolescencia.

La discriminación, el acoso y la falta de accesibilidad, que empeoran el bienestar emocional y la integración psicosocial.

28. ¿Qué papel cumple la teoría del apego en el desarrollo de niños con PC?

Es fundamental para la estructuración de la personalidad y el autoconcepto.

Recomendación de estudio

Enfócate especialmente en:

- Los 4 tipos de PC (espástica, discinética, atáxica, mixta).
- La diferencia entre alteración motora y funcionamiento intelectual (tema frecuente en exámenes).
- Las etapas de Erikson aplicadas a la adolescencia con PC.
- Los datos estadísticos clave (46% ansiedad, 17 millones a nivel mundial, 18,800 en Perú).
- Las herramientas de evaluación (Wechsler, AUTODDIS, SAAC).